

DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA DO ADULTO: ARMADILHAS E DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS

Leticia Domingos Ronzani,¹ Jaime Lin² Maiara de Aguiar da Costa³
Victória Linden de Rezende,⁴ Bruna Bittencourt Netto,⁵ Cinara Ludvig Gongalves⁶

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio comum do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades em comunicação social e comportamentos e interesses restritos e repetitivos presentes de forma precoce na infância. Apenas em 1980 o autismo foi reconhecido como entidade independente entre os distúrbios do neurodesenvolvimento, deixando de ser uma manifestação psicótica como até então era conhecido. Assim, após essa mudança, surgiram muitos indivíduos dentro do espectro autista já em idade adulta, acima de 20 anos de idade, sem diagnóstico e tratamento apropriados. Apesar dos serviços de saúde e educação para crianças com TEA já estarem bem estabelecidos, os serviços voltados para adultos com TEA ainda estão sendo formulados. Nesse sentido, ainda há escassez de estudos voltados para TEA em adultos que abordem a identificação de comorbidades, tratamentos clínicos rigorosos (farmacológicos e psicossociais), novas farmacoterapias e as dinâmicas de transição e envelhecimento dentro do espectro autista. Assim, o presente estudo revisará as evidências disponíveis acerca do diagnóstico e manejo de adultos com TEA, considerando o que é necessário para sua correta identificação e avaliação.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Diagnóstico Clínico; Diagnóstico Diferencial.

DIAGNOSIS OF AUTISM SPECTRUM DISORDER IN ADULTS: PITFALLS AND DIAGNOSTIC CHALLENGES

ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is a common neurodevelopmental disorder characterized by pervasive difficulties since early childhood across reciprocal social communication and restricted, repetitive interests and behaviors. It was not until 1980 that autism was officially recognized as an independent neurodevelopmental disorder and not a form of psychosis. In this sense, there will be many adults with autism aged over 20 years of age who are not appropriately diagnosed and who are not receiving relevant care. Although health and education services for children with ASD are relatively well established, service provision for adults with ASD is in its infancy. There is a lack of health services research for adults with ASD, including identification of comorbid health difficulties, rigorous treatment trials (pharmacological and psychological), development of new pharmacotherapies and investigation of transition and aging across the lifespan. This article reviews available evidence regarding the diagnosis and management for adults with ASD and considers what is needed to identify and evaluate these patients.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Clinical Diagnosis; Differential Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O TEA é um distúrbio do neurodesenvolvimento de caráter heterogêneo e de forte componente genético¹, caracterizado por distúrbios de comunicação social e pela presença de comportamentos restritos e repetitivos na infância.

¹ Acadêmica do curso de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, leticiaronzani8@gmail.com

² Mestrado, Doutorado do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde UNESC; linjaime1407@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Biomedicina UNESC; maiaradeaguiardacosta@gmail.com

⁴ Acadêmica do Curso de Medicina UNESC; brunabnetto@hotmail.com

⁵ Biomédica, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde UNESC; vic.rezende98@gmail.com

⁶ Doutorado; cinaralg@unesc.net

No ano de 2000, a prevalência estimada de TEA era de 6,7 para cada 1000 crianças, e em 2016 saltou para 1 a cada 59 crianças², fenômeno que pode ser explicado tanto pela maior conscientização sobre a doença e maior interesse científico na área quanto pela ampliação do conceito de Autismo no 5º Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)³.

Apesar da maior conscientização contemporânea sobre o tema, e da presença de escalas validadas para a avaliação do Autismo⁴, o diagnóstico do TEA frequentemente não ocorre de forma precoce, com relatos na literatura de idade média no momento do diagnóstico de 5 anos ou mais^{5,6}, especialmente em países em desenvolvimento⁷. Esse atraso na realização do diagnóstico tem associação com diferentes fatores, em que se cita: piores condições socioeconômicas da família, atraso na percepção da doença pelos pais, acompanhamento descontinuado com troca frequente de pediatras, e a severidade do fenótipo de TEA na apresentação clínica⁸.

Em relação ao diagnóstico de TEA realizado em adultos, a justificativa para tamanho atraso atinge dimensões mais complexas. A ampliação dos critérios diagnósticos do DSM-V e o crescente entendimento e conscientização acerca do caráter heterogêneo do TEA permitiram a inserção de mais pacientes no espectro autista, possibilitando o diagnóstico em faixas etárias aquém das pediátricas⁹. De acordo com Lai *et al*, essa mudança resultou em uma “geração perdida” de pacientes do espectro autista, cujo diagnóstico só se tornou possível durante a idade adulta, após essas mudanças.

No entanto, mesmo neste novo cenário científico, o diagnóstico da “geração perdida” de TEA permaneceu um desafio clínico, visto que apesar da maior conscientização e foco da comunidade médica e científica, ainda há ausência de estratégias e recursos clínicos com bons níveis de evidência para o estabelecimento desses diagnósticos¹⁰.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa e não sistemática da literatura com o objetivo de analisar e sintetizar as informações presentes na literatura a respeito do diagnóstico de TEA realizado em pacientes adultos. As bases de dados empregadas foram Scielo, Pubmed, LILACS e Cochrane. As buscas incluíram as palavras “Transtorno do Espectro Autista”, “Autismo”, “Diagnóstico Clínico” e “Adultos”, como termos indexadores, além de seus correspondentes na língua inglesa “Autism Spectrum Disorder”, “Autism”, “Clinical Diagnosis” e “Adults”, isoladamente ou em combinação.

Foram incluídas apenas pesquisas quantitativas publicadas em língua portuguesa e inglesa, com pré-seleção guiada por títulos e seus resumos, seguida por leitura na íntegra dos artigos mais relevantes para a revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DSM-V – IDENTIFICAÇÃO RETROSPECTIVA DE TRAÇOS AUTISTAS NA INFÂNCIA

Os novos critérios diagnósticos do DSM-V facilitaram o diagnóstico retrospectivo de adultos com TEA, visto que agora as alterações de comportamento podem estar presentes de forma atual e/ou retrospectiva e podem ser aplicadas a quaisquer idades. Além disso, não há mais a obrigatoriedade de sintomas relatados antes dos 3 anos de idade, apenas presentes de forma precoce durante o período de desenvolvimento, mesmo que mascarados por estratégias adaptativas ou melhor manifestos durante a idade adulta^{3,9}.

O conhecimento acerca do histórico do desenvolvimento do paciente durante a infância deve ser obtido pela união de múltiplas fontes fidedignas, como relatos de pais, irmãos ou outros familiares, médicos que acompanharam o paciente no período e depoimentos escolares⁹. No entanto, mesmo com o auxílio de um informante próximo, a grande janela de tempo entre a infância e a vida adulta interfere na qualidade do relato.

Diante da ausência de informantes que estiveram presentes durante a infância do paciente, o médico pode utilizar o relato/percepção do próprio indivíduo através do Quociente do Espectro do Autismo (AQ). Sobre o AQ, evidências sugerem que adultos com TEA e ausência de déficit intelectual referem mais sintomas autistas do que aqueles com déficits intelectuais durante realização do teste. No entanto, mesmo naqueles com inteligência acima da média, o questionário -quando utilizado de forma isolada- tem alto índice de falha e não se correlaciona significativamente com a avaliação de escalas validadas, de forma a tornar questionável a validade do autorrelato¹¹.

Tendo em vista a obtenção de um melhor retrato do histórico do paciente para formulação do diagnóstico de TEA no adulto, o DSM-V preza a obtenção de múltiplas e confiáveis fontes associadas ao autorrelato do paciente e à avaliação por equipe multidisciplinar. Assim, devido a necessidade de instrumentos diagnósticos e de rastreio de TEA em adultos que sejam voltados a praticidade, formulou-se o roteiro presente no Quadro 1.

Quadro 1 - Algoritmo de rastreio de TEA em pacientes adultos e recomendações acerca do encaminhamento para avaliação de equipe multidisciplinar

ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR AQUELES QUE:

1. Estiverem em investigação ou possuírem diagnóstico estabelecido de distúrbios de ansiedade ou de humor e referirem dificuldade e/ou sofrimento para iniciar ou manter interações sociais;
2. Relatarem ainda residir na casa dos pais adjunto de dificuldade e/ou sofrimento para manter vínculos interpessoais e empregatícios;

RECOMENDAÇÕES:

- A. Referir no encaminhamento a presença de estratégias de cópia de comportamentos de pares neurotípicos durante interações sociais (Ex.: manter contato visual forçado, e possuir frases, sons e gestos ensaiados para situações corriqueiras);
- B. Disponibilizar o autorrelato de sintomas autistas através do Quociente do Espectro do Autismo, e independente do resultado, anexar a pontuação obtida no encaminhamento.

PROTOSCOLOS DIAGNÓSTICOS

Há três instrumentos validados com fortes evidências suportivas para o diagnóstico de TEA na infância: a Escala de Observação para o Diagnóstico de Autismo 2 (ADOS-2), Entrevista Diagnóstica para o Autismo Revisada (ADI-R), e a Escala de Avaliação do Autismo na Infância (CARS)¹². Dessas, a ADOS-2 e a ADI-R são as mais comumente utilizadas e próximas a um “padrão ouro” entre as ferramentas diagnósticas¹³. Acerca da escala ADOS-2, evidências sugerem que sua versão traduzida para a língua portuguesa do Brasil possui equivalência adequada à versão em língua estrangeira¹⁴.

Sobre a investigação de TEA em indivíduos adultos, apesar do módulo 4 do ADOS-2 ter demonstrado evidências moderadas para essa faixa etária^{4,15}, ainda há a necessidade da formulação de instrumentos com evidências suportivas mais robustas, visto que, a depender do grau de mascaramento dos sintomas, adultos com TEA podem não ser identificados pelo ADOS-2¹⁶.

Nesse sentido, outras ferramentas diagnósticas e de rastreio foram desenvolvidas, mas de acordo com o estudo de Hirota, *et al* a validade das propriedades psicométricas desses testes foi considerada questionável e sem evidências conclusivas, devido às limitações metodológicas e vieses dos estudos. Ademais, de acordo com Hayes, *et al* o grande número e

variedade de ferramentas diagnósticas e de rastreio sendo desenvolvidas geraram complexidade e confusão durante a investigação, dificultando a dinâmica diagnóstica. Essa complexidade e confusão ocorre devido aos diferentes detalhes de cada ferramenta e ao impacto de fatores sociais durante seu uso na prática clínica¹⁷, bem como à ausência de recomendações acerca de como interpretar e operacionalizar esses fatores.

O estudo de Hayes, *et al* traz três subdivisões para os fatores sociais que impactam a avaliação e o diagnóstico de adultos com TEA: os contextuais, operacionais e os interacionais. Os fatores contextuais dizem respeito ao contexto cultural do paciente, seu mascaramento de sintomas, a interpretação de suas necessidades pelo profissional de saúde e o valor e impacto do diagnóstico em cada indivíduo. Os operacionais se relacionam a grande variedade de ferramentas diagnósticas e da interpretação dos elementos que constituem diagnóstico, enquanto os fatores interacionais dizem respeito a avaliação por único profissional de saúde ou por equipe multidisciplinar bem como a relação médico-paciente, médico-família do paciente e paciente-família¹⁰.

Com intuito de facilitar a triagem de adultos com TEA, o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) do Reino Unido sugere que se considere avaliação por equipe multidisciplinar à todos aqueles que possuam critérios diagnósticos de TEA e um dos seguintes: dificuldade em obter ou manter vínculo empregatício e/ou educacional, dificuldade em iniciar ou manter relações sociais, histórico de contato com serviços de saúde mental ou dificuldade de aprendizado, e histórico de desordens mentais ou do neurodesenvolvimento. No entanto, no estudo de McKenzie, *et al* não houve relação entre redução do tempo de diagnóstico e a aderência dos serviços ao *guideline* da NICE¹⁸.

ARMADILHAS NA AVALIAÇÃO DE ADULTOS COM TEA

Uma das principais dificuldades na identificação de adultos com TEA é o fato de que indivíduos com linguagem fluente e níveis adequados de inteligência tem, muitas vezes, a probabilidade diagnóstica de TEA esquecida pelos examinadores⁹. Além disso, serviços de atendimento a adultos com TEA tendem a utilizar com menor frequência ferramentas diagnósticas validadas quando comparados a serviços de atendimento a crianças¹⁹.

As dificuldades de interação social de adultos com TEA podem estar presentes desde a infância bem como apenas tornarem-se aparentes após as dinâmicas complexas da adolescência e da vida adulta ultrapassarem suas habilidades adaptativas¹⁶. No entanto, por mais que essa complexidade de contextos seja o fator que possibilita essa visualização,

também é o fator que estimula a aquisição de novas habilidades adaptativas ao decorrer do desenvolvimento do indivíduo, o que também dificulta o diagnóstico de TEA na idade adulta^{9,20}. Nesse sentido, essa aquisição de habilidades adaptativas ocorre devido a necessidade de se encaixar e pertencer socialmente, e se dá através de mecanismos de cópia e camuflagem²¹.

Segundo Lai, *et al* o fenômeno de camuflagem consiste na realização de pequenas cópias de comportamentos de neurotípicos que permitem o mascaramento de sintomas autistas durante interações sociais. Exemplos comuns da estratégia de camuflagem consistem em manter contato visual durante interações, imitar gestos, sons e expressões faciais em situações específicas, e formular histórias ou frases pré-prontas para rebater ou iniciar conversações. Nesse sentido, pode-se inferir que adultos com TEA podem possuir habilidades sociais, mas essas têm caráter limitado, restrito e ensaiado, com muitos desses indivíduos tendendo ao monólogo⁹. Ademais, os sintomas e dificuldades podem se apresentar de forma diversa a depender das relações interpessoais avaliadas e do contexto sociocultural que o paciente está inserido, fatores que devem ser considerados pelo examinador¹⁰. Assim, examinadores devem estar aptos a identificar a presença de dinâmicas de camuflagem no dia-a-dia de adultos com suspeita de TEA, visto que em pacientes sem déficits intelectuais os traços de dificuldade de interação social costumam ser o critério diagnóstico de TEA mais exuberante²¹.

Além disso, há grande prevalência de comorbidades psiquiátricas em adultos com TEA, o que leva a sobreposição de sintomas que atuam como fatores confusionais ao estabelecimento do diagnóstico²². Por fim, essa reconhecida complexidade na avaliação de adultos do espectro autista dificulta o consenso entre a equipe multidisciplinar e, assim, limita a certeza da análise, visto que o consenso da equipe é considerado o “padrão ouro” diagnóstico¹⁰.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TEA EM ADULTOS

A alta prevalência de comorbidades psiquiátricas em pacientes com TEA²³, e a grande similaridade entre sintomas psiquiátricos e os traços autistas de indivíduos adultos²¹ conferem considerável grau de dificuldade na diferenciação desses distúrbios. De acordo com Bargiela, *et al* adultos dentro do espectro autista, antes de terem o diagnóstico estabelecido, frequentemente procuram serviços psiquiátricos devido sintomas depressivos e ansiosos²⁴. Ademais, também há relatos de alta prevalência de ideação suicida e tentativas de suicídio em

populações de adultos com TEA²¹. Assim, o rastreio de características autistas nesses pacientes auxiliaria a identificação daqueles que potencialmente pertencem ao espectro autista, possibilitando o encaminhamento desses indivíduos à avaliação por equipes multidisciplinares.

Outros potenciais diagnósticos diferenciais dentro das doenças psiquiátricas são: ansiedade social e generalizada, transtorno obsessivo compulsivo, psicose/esquizofrenia e distúrbios de personalidade⁹. A alta prevalência desses distúrbios em pacientes do espectro autista pode ser explicada por mecanismos fisiopatológicos semelhantes entre os distúrbios²⁵, e, segundo Lai, *et al*, pelo sofrimento atrelado aos esforços em mascarar traços autistas e se inserir em sociedade.

Assim, tendo em vista a categorização dessas similaridades em forma de comorbidades psiquiátricas ou de sobreposição e similaridade de sintomas, formulou-se o Quadro 2 para auxiliar a dinâmica do diagnóstico diferencial entre TEA e suas comorbidades psiquiátricas mais comuns.

Quadro 2 - Comparação entre Aspectos do TEA e seus principais diagnósticos diferenciais e comorbidades psiquiátricas

Características	TEA	Ansiedade	TOC	Depressão	Psicose
Motivos da Evitação Social	Falta de entendimento e de habilidades sociais	Medo do julgamento e performance	Medo do julgamento e performance	Humor depressivo e anedonia	Melhor explicada por sintomas negativos da Esquizofrenia
Início da Comunicação Social Atípica	Infância precoce	Ausente	Ausente	Ausente	Início da vida adulta
Comportamentos Repetitivos	Comum e Egossintônico*	Incomum	Comum, e Egodistônico*	Incomum	Incomum
Discurso	Idiossincrático* porém lógico	Adequado	Adequado	Adequado	Idiossincrático*, desorganizado e errático

TOC = Transtorno Obsessivo Compulsivo; *Egossintônico = não vem de pensamento indesejado e possui desfecho comumente prazeroso e/ou com caráter de adaptação vegetativa, como tiques e estereotípias; *Egodistônico = vem de pensamentos indesejados e obsessivos que causam sofrimento e tem como resposta as compulsões, atos repetitivos com indivíduo ciente, ou não, de seu teor ilógico; *Idiossindrático = incomum, distinto dos demais.

CONCLUSÕES

O diagnóstico de TEA em indivíduos adultos é complexo e possui particularidades que devem ser reconhecidas e consideradas durante a formulação de ferramentas diagnósticas e de

rastreio. Questões como mecanismos de camuflagem, variabilidade de sintomas em diferentes contextos e relações interpessoais, o contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido e presença de fatores confusionais e diagnósticos diferenciais devem ser aventados e avaliados.

REFERÊNCIAS

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *T Lancet*. 2018; 392(10146): 508-520. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
2. Christensen DL. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*. 2016; 65(13):1–23. DOI:10.15585/mmwr.ss6503a1
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.
4. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop S. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS2). Torrance: Western Psychological Services; 2012.
5. Wiggins LD, Baio, J RICE, Catherine R. Examination of the Time Between First Evaluation and First Autism Spectrum Diagnosis in a Population-based Sample. *J. Dev. Behav. Pediatr*. 2006; 27(2): 79-87.
6. McConachie, H., Couteur, A.L. & Honey, E. Can a Diagnosis of Asperger Syndrome be Made in Very Young Children with Suspected Autism Spectrum Disorder?. *J Autism Dev Disord*. 2005; 35: 167–176. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-004-1995-5>
7. Ribeiro SH, Paula CS, Bordini D, Mari JJ, Caetano SC. Barriers to early identification of autism in Brazil. *Ver Bras Psiquiatr*. 2017; 39(4): 352-354. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2141>
8. Daniels AM, Mandell DS. Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism*. 2014; 18(5): 583–597. DOI: [doi:10.1177/1362361313480277](https://doi.org/10.1177/1362361313480277)
9. Lai MC, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiat*. 2015; 2(11): 1013-1027. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
10. Hayes J, Ford T, Rafeeqe H, Russell G. Clinical practice guidelines for diagnosis of autism spectrum disorder in adults and children in the UK: a narrative review.
11. Bishop SL, Seltzer MM. Self-Reported Autism Symptoms in Adults with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012; 42(11): 2354–2363. doi:10.1007/s10803-012-1483-2.

12. Falkmer T, Anderson K, Falkmer M, Horlin C. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22:329–40. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0375-0>
13. Hirota T, So R, Kim YS, Leventhal B, Epstein RA. A systematic review of screening tools in non-young children and adults for autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2018; 80(1): 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2018.05.017>
14. Pacífico MC, Paula CS, Namur VS, Lowenthal R, Bosa CA, Teixeira MCTV. Preliminary evidence of the validity process of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): translation, cross-cultural adaptation and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(3):218-226. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0063>
15. Hus V, Lord C. The autism diagnostic observation schedule, module 4: revised algorithm and standardized severity scores. *J Autism Dev Disord* 2014; 44(8):1996–2012. doi:10.1007/s10803-014-2080-3
16. Swetlik C, Earp SE, Franco KN. Adults with autism spectrum disorder: Updated considerations for healthcare providers. *Clevel. Clin. J. Med*. 2019; 86(8): 543-553. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.86a.18100>
17. Jutel A, Nettleton S. Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities. *Soc Sci Med*. 2011;73:793–800
18. McKenzie K., Rutherford M, Forsyth K, O’Hare A, McClure I, Murray AL, Irvine L. The relation between practice that is consistent with NICE guideline 142 recommendations and waiting times within autism spectrum disorder diagnostic services. *Res Autism Spectr Disord*. 2016; 26: 10–15. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.002>
19. Rutherford M, McKenzie K, McClure I, Forsyth K, O’Hare A, McCartney D, Finlayson I. A national study to investigate the clinical use of standardised instruments in autism spectrum disorder assessment of children and adults in Scotland. *Res Autism Spectr Disord*. 2016; 29–30: 93–100. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.05.003>
20. Lai MC, Lombardo MV, Pasco G, et al, and the MRC AIMS Consortium. A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PLoS One*. 2011; 6(6): e20835. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020835>
21. Huang Y, Arnold SRC, Foley KR, Trollor JN. Diagnosis of autism in adulthood: A scoping review. *Sage Journals*. 2020; 24(6): 1311-1327. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361320903128>
22. Buck TR, Viskochil J, Farley M, et al. Psychiatric comorbidity and medication use in adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2014; 44: 3063–3071. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2170-2>

23. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. 2019; 6(10): 819-829. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
24. Bargiela S, Steward R, Mandy W. The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016; 46(10): 3281–3294. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
25. Sharma SR, Gonda X, Tarazi FI. Autism Spectrum Disorder: Classification, diagnosis and therapy. *Pharmacol Ther*. 2018; 190(1): 91-104. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2018.05.007>